

---

Nilfa Melgarejo de Rojas  
Pedro Vicente Garay Armoa  
Ramón I. Ramírez Caballero

**Determinantes socioeconómicos del acceso**

**potencial y real a los servicios**

**de salud en el Paraguay**

---

# Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud en el Paraguay

Nilfa Melgarejo de Rojas ~ Pedro Vicente Garay Armoa ~ Ramón I. Ramírez Caballero

**Una de las grandes preocupaciones que surge hoy en el Paraguay, con miras a futuras reformas en la estructura del sector salud, consiste en evaluar el sistema actual y mejorar su funcionamiento conforme a los objetivos y metas propuestos, teniendo en cuenta las necesidades, la demanda y la oferta desde el punto de**



**vista de los usuarios y los recursos propios del sector. Datos oficiales sostienen que alrededor de un 30% de la población del país se encuentra excluida de los sistemas institucionales de salud, siendo uno de los factores principales la falta de recursos para resolver sus problemas de salud.**

## I. Antecedentes

En los últimos años se ha producido un creciente interés por estudiar los determinantes del acceso y la utilización de los servicios de salud. Este interés se basa en la expectativa de que la investigación contribuya a comprender mejor el proceso a través del cual los servicios de salud pueden ser correctamente distribuidos, de tal manera a reducir la elevada proporción de individuos que reportan alguna afección y no acceden a servicios de asistencia adecuados. Estas investigaciones se fundamentan en el principio de que todas las personas tienen derecho a la salud, independientemente de su capacidad de pago y la creencia general de que ciertos grupos de población, “pobres y vulnerables” y residentes de zonas rurales, entre otros, no están recibiendo servicios médicos que sean comparables, en términos de cantidad y calidad, con los disponibles para el resto de la población. En este contexto, el acceso y la utilización pueden ser vistos como un tipo de comportamiento individual, que a su vez está en función de las características mismas del individuo, del ambiente en el que vive y de algunas interacciones entre el individuo y la sociedad.

Una de las grandes preocupaciones que surge hoy en el Paraguay, con miras a futuras reformas en la estructura del sector salud, consiste en evaluar el sistema actual y mejorar su comportamiento en función de los objetivos y metas propuestos, teniendo en cuenta las necesidades, la demanda y la oferta desde el punto de vista de los usuarios y los recursos propios del sector. Datos oficiales sostienen que alrededor de un 30% de la población del país se encuentra excluida de los sistemas institucionales de salud, siendo uno de los factores principales la falta de recursos

mínimos para resolver sus problemas de salud<sup>1</sup>. En este sentido, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social sostiene, asimismo, que el acceso es altamente inequitativo. La distancia, el costo de las consultas, la mala calidad y la poca calidez en el trato aparecen como factores importantes para no acudir a los servicios de salud. La situación en la atención hospitalaria indica un bajo índice de ocupación de las camas disponibles; una estancia relativamente prolongada en algunos hospitales; un débil sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y escasa capacidad resolutive de los servicios de guardias de urgencias.

El Paraguay ha aumentado su infraestructura hospitalaria, fundamentalmente en recursos físicos, sin acompañarla de los recursos humanos y financieros, razón por la cual los indicadores no han mejorado en la medida esperada. La falta de cobertura sigue siendo un problema importante, ya que según cifras del MSP y BS, el 38,6% de las personas que se accidentan o enferman no consultan en ningún servicio de salud. El 81,1% de la población carece de un seguro de salud, público o privado, que le garantice el cuidado cuando la necesite.

En otro orden, resulta manifiesta la desigualdad en la distribución territorial de recursos humanos para la salud (profesionales, técnicos y auxiliares), concentrados en un 70% en la capital y el departamento Central. Así, queda nada más que un 30% para el resto del país, donde vive el 70% de la población, y una distribución también desigual en esas regiones, donde se verifica una concentración desproporcionada en las principales ciudades. Se estima que entre el 30 y el 40% de la población paraguaya no tiene contacto con ningún tipo de servicio de salud, proporción que traducida en números alcanza entre 1.500.000 a 2.000.000 de paraguayos, lo cual es preocupante. Existe poca inversión en el perfeccionamiento y capacitación permanente del

personal de salud, así como una falta de regulación adecuada de las prácticas profesionales, lo que impide la implementación de la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud. El acceso de la población a la infraestructura de salud, agua y saneamiento es también limitado, siendo una de las más bajas en América Latina. Se evidencian grandes diferencias al comparar los indicadores de los ámbitos urbano y rural, y debe destacarse la falta de coordinación interinstitucional. La cobertura de agua potable por sistema de abastecimiento alcanza al 34,55% de la población total del país, con grandes diferencias entre el medio urbano (59,79%) y rural (4,83%).

Finalmente, es importante mencionar que la población pobre en el Paraguay representa el 34% del total, mientras el 16% de ésta se encuentra en situación de extrema pobreza<sup>2</sup>. Así, los conceptos de acceso y utilización son una importante herramienta de evaluación para verificar en qué medida el sistema de salud cumple con el objetivo específico de “promover y proteger la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”<sup>3</sup>.

A pesar de que el gasto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se incrementó, principalmente a partir de 1990 (0,3% del PIB para ese año), constituyendo el 1,3% del Producto Interno Bruto en 1999 (destinado fundamentalmente a la atención curativa, insumos e inversión física), encontramos que, en el mismo período, solo cerca de la mitad de la población enferma o accidentada consultó en un establecimiento, mientras el resto se halló excluido de cualquier servicio de salud<sup>4</sup>.

En cuanto al marco de análisis teórico para estudiar el problema de acceso y utilización de los servicios de salud, frecuentemente se adopta la estructura empírica propuesta por Aday y Andersen (1974) y, asimismo, otras aproximacio-

1 Diagnóstico del Sector Salud, MSP, 1998 y Datos de la Encuesta de Hogares, DGEEC.

2 Estrategia de Asistencia al País para la República del Paraguay 2004/2007, Banco Mundial.

3 Art. 68 - Del Derecho a la Salud, Constitución Nacional del Paraguay.

4 EPH 1999 y MSP y BS.

nes derivadas de este desarrollo conceptual que dan cuenta de la evolución del problema, recorriendo desde la necesidad percibida hasta la utilización de los servicios, como por ejemplo la desarrollada por Frenk (1985). Ambas estructuras de análisis tienen en cuenta los determinantes individuales, organizacionales y sociales, componentes que describen conceptualmente el proceso de búsqueda y obtención de la atención, el cual se encuentra afectado por las barreras que se originan tanto en los recursos para la salud como en aquellas características propias del individuo. Es decir, se debe sentir la necesidad de atención, los recursos deben estar disponibles, ser aceptados y además se debe tener la habilidad para obtener el servicio.

Si alguno de los prerrequisitos anteriores no se cumple, el proceso, que en un extremo cuenta con la disponibilidad del recurso y en el otro con la utilización misma, no se llevaría a cabo y, por ende, no se hablaría de consumo real. Y es precisamente la presencia de estas barreras lo que diferencia el concepto de acceso del de utilización. Ahora, si hay consumo real se puede hablar de utilización y se evidencia que hubo acceso, pero no es posible determinar el grado en que los servicios no fueron usados. En estos términos, la prestación es entendida como el conjunto de interacciones que involucran tanto las características propias del individuo como de la prestación, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.

Dentro de este contexto, este trabajo pretende centrar su atención en identificar los determinantes socioeconómicos del acceso a los servicios de salud en el Paraguay, analizando el grado de asociación entre la utilización de los servicios y las características sociodemográficas. El objetivo es contribuir a un mejor entendimiento de la problemática y formular recomendaciones de políticas sobre el tema, que ayudarán al desarrollo socioeconómico del país.

Para este efecto, seguidamente puntualizamos los alcances y objetivos que persigue esta investigación. En las siguientes secciones se presenta una descripción de la metodología aplicada y

los datos utilizados para el análisis, con una revisión del marco teórico y la literatura existente sobre la materia. Posteriormente, a través de la estadística descriptiva y de modelos econométricos, se procede a determinar los principales factores y su importancia relativa en el acceso a los servicios de salud. Finalmente, con los resultados obtenidos se formulan las conclusiones y recomendaciones de políticas que podrían ser consideradas para la formulación de estrategias.

## II. Objetivos y alcances de la investigación

El objetivo principal del trabajo de investigación es estimar los determinantes del acceso y la utilización de los servicios de salud en el Paraguay. En primer lugar, sobre la base de datos proporcionada por las Encuestas Integradas de Hogares 1997/98 (EIH98) y 2000/01 (EIH01) se pretende realizar un análisis estadístico comparativo para conocer el comportamiento de ciertas variables demográficas, sociales, culturales y económicas, que consideramos de relevancia para obtener una visión conceptual y estadística sobre los temas de acceso potencial y real a los servicios de salud. Ambas encuestas, que pueden ser analizadas comparativamente, poseen una caracterización amplia de las variables sociodemográficas y económicas, que nos permitirán inferir resultados del país, con una adecuada consistencia.

En la segunda parte, el objetivo general del trabajo es estimar, utilizando un modelo econométrico Logit, los determinantes del acceso de la población a los servicios de salud, considerando las áreas de residencia del país, sujeto a la disponibilidad y representatividad de los datos relevados en la Encuesta Integrada de Hogares 2000/01. Como objetivos específicos se pretende identificar la asociación entre las características sociodemográficas y el acceso a los servicios de salud, y construir un indicador que mida el grado de ajuste entre los individuos y los recursos que el sistema ofrece, para mejorar las condiciones de acceso.

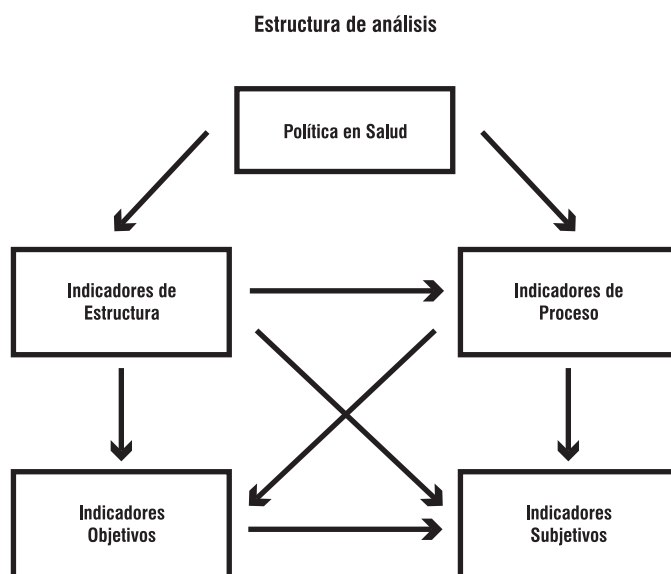
### III. Marco teórico y metodología a utilizar

El modelo de análisis teórico empleado es el propuesto por Aday y Andersen (1974), en el cual las características de la oferta y de la población determinan el acceso potencial a los servicios de salud, así como la utilización y satisfacción dan cuenta del acceso real. La literatura tradicional sobre el acceso enfatiza la relación entre quienes lo necesitan y quienes lo obtienen. La expresión “acceso a los servicios de salud”, considerada como “calidad de los servicios”, es ambigua. Aday y Andersen proveen la definición más común en el área de cuidados de la salud, estableciendo que el “acceso puede ser definido como aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y real de un grupo de población dado a los servicios de salud que el sistema entrega”. Nótese que la expresión es “acceso a los servicios de salud” y “no acceso a la salud”. Esta distinción es requerida debido a que resulta imposible garantizar el logro o mantenimiento de un nivel particular de estatus de salud. Otra

importante distinción conceptual es que los hacedores de política, quienes desean asegurar el acceso, realmente se están refiriendo a alguna clase de equidad en el acceso. Desde una perspectiva política, medir cambios en el acceso significa medir cambios en la equidad del acceso, aunque estos términos a menudo son utilizados indistintamente.

Los citados autores sostienen, asimismo, que uno de los problemas centrales a los cuales debe orientarse cualquier evaluación del acceso a los servicios de salud, es si las personas que lo necesitan son capaces de obtenerlo. Se dice que existe acceso equitativo cuando los servicios están distribuidos sobre la base de las necesidades, más que como un resultado de factores individuales o estructurales como el nivel de ingreso de las personas, las características sociodemográficas, etc.

El esquema de análisis utilizado en el presente trabajo, y que sigue la estructura original propuesta por Aday y Andersen, puede verse en el siguiente gráfico:



Las características de la prestación de servicios son denominadas **indicadores de estructura** del acceso potencial y se pueden agrupar en dos

elementos, *la disponibilidad de recursos y la organización*. Los recursos disponibles se refieren al capital y al trabajo dedicados a los servicios

de salud. Así, el que un individuo enfermo reciba atención depende en parte de adonde recurrir en demanda del servicio, del tipo de proveedor y de las estructuras en las que se lleva a cabo el servicio. El volumen se concentra en la razón personal médico/población (médicos, enfermeras y odontólogos, entre otros). La importancia del volumen de recursos se basa en el supuesto de que a medida que la tasa de recursos por habitante aumenta, se podría incrementar el consumo real de servicios médicos (en el Paraguay existen 3,9 médicos por cada 10 mil habitantes<sup>5</sup>).

Ahora, al tener en cuenta la distribución geográfica es importante saber que los recursos, por lo general, no están homogéneamente distribuidos a lo largo de un país o región, sino que se concentran en las zonas densamente pobladas. Por esta razón, la tasa de recursos por habitante no reflejará la disponibilidad de recursos por persona en zonas donde dicha disponibilidad está por debajo del promedio nacional. Por ejemplo, entre los principales resultados obtenidos del "Estudio domiciliario sobre percepción y consumo de servicios de salud en el Paraguay" (1995), se resalta la desigualdad regional y económica en el acceso a los servicios, al tiempo de observarse esta tendencia tanto para las atenciones curativas y preventivas a nivel ambulatorio, como para los cuidados obstétricos y la atención hospitalaria<sup>6</sup>.

El segundo elemento en importancia dentro de la prestación de servicios es la organización. Ésta describe lo que el sistema hace con sus recursos, es decir se refiere a la manera en que el personal médico y las entidades son coordinadas y controladas en el proceso de provisión de servicios. Los componentes dentro de este elemento son clasificados como las condiciones a la entrada y al interior (Fiedler, 1975).

Entre los obstáculos organizativos a la entrada se podrían caracterizar las barreras que impiden o dificultan la obtención de atención, como la distancia que los pacientes deben recorrer para re-

cibir servicios. Su efecto podría ser un incremento de los costos y una posible reducción en la utilización de los servicios. Ésta es una importante variable explicativa de los diferentes niveles de utilización. Ahora, con relación a las barreras organizativas al interior o de estructura se puede mencionar como elemento principal la fuente regular de servicios. Este factor, una vez tomada la decisión de ver al médico, podría determinar el tipo, sitio, volumen y continuidad del tratamiento recibido por un paciente. También podría minimizar el desfase entre el tiempo que el paciente requiere para identificar la necesidad de atención y el tiempo en que recibe atención. Este factor tiene una relación positiva con el acceso y la utilización. También en este rubro pueden ser clasificados los tiempos de espera en los que incurren los pacientes, antes de conseguir la cita.

En cuanto a los **indicadores de proceso** en el acceso potencial o características propias de los individuos, serán divididos entre los que afectan el acceso y los que afectan tanto el acceso como la utilización. Esto es, predisposición, habilidades y necesidades. La *predisposición* refiere la tendencia de algunos individuos a usar servicios de salud en una escala superior al promedio. También el emplear o no servicios depende, en la mayoría de los casos, de las características familiares, independientemente del episodio específico de enfermedad. Tales características incluyen edad, sexo, tamaño familiar, características demográficas e idioma generalmente hablado.

En el análisis de las variables de *habilidad*, dentro del cual se supone presencia de servicios y accesibilidad geográfica, uno de los principales componentes es el ingreso. Este factor es usualmente considerado como una variable que mide el nivel socioeconómico, es decir, la posición relativa de una persona o familia en una jerarquía. Para este efecto se han creado indicadores que utilizan medidas proxy para estimar el nivel socioeconómico de la población. En este caso, ese indicador proxy es la clasificación de la población por niveles de pobreza (pobre, no po-

5 OPS/OMS. División de Sistemas y Servicios de Salud.

6 Molinas, Margarita, "Determinantes del Acceso a Servicios de Salud en Paraguay". Economía & Sociedad - Número 2.

bre)<sup>7</sup>. Otro de los componentes en la variable de habilidad es la presencia del seguro de salud, el cual puede ser público, o privado para quienes tienen capacidad de pago, y subsidiado para las poblaciones de bajos recursos. Aunque la estructura del seguro varíe entre países, existe evidencia de que su presencia motiva el acceso y la utilización, especialmente en la población desprotegida. Estas variables, a su vez, pueden ser consideradas como barreras o facilitadores del acceso y la utilización.

Por último, las *necesidades* representan la causa más inmediata para solicitar servicios de salud. Éstas pueden ser medidas por una infinidad de caminos: estado de salud percibido; frecuencia de dolor; número de síntomas y días de incapacidad. Se puede pensar en establecer una relación positiva entre necesidades, acceso y utilización, y es pertinente aclarar que utilizaremos el enfoque empírico, el cual solo tiene en cuenta el estado de salud percibido. La pregunta que en la EIH hace referencia a este punto dice: “Durante los últimos 90 días, ¿se sintió o estuvo enfermo o accidentado?”<sup>8</sup>.

Finalmente se describen los principales componentes de la utilización, relacionados en cierta medida con las características propias de los recursos, y que son conocidos como **indicadores objetivos**. Estos elementos son tipo, propósito y unidad de análisis. Los datos disponibles en la EIH nos permiten determinar solo el tipo de servicio de salud utilizado, al posibilitar la clasificación en establecimientos privados o públicos.

Los **indicadores subjetivos** se refieren a la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, en términos de actitudes generales, basadas en la satisfacción de los pacientes y sus familias; actitudes específicas y confianza, ésta última medida a través del uso de las medicinas prescritas, nuevas consultas y hospitalización relacionada con el episodio de la enfermedad. En el presente estudio, la construcción de la variable de indicadores subjetivos está determinada por

el acceso a nuevas consultas y el tratamiento de la enfermedad o accidente.

#### IV. Resultados del análisis descriptivo

En esta sección, conforme a datos proporcionados por las Encuestas Integradas de Hogares 1997/98 (EIH98) y 2000/01 (EIH01), se realiza un análisis estadístico comparativo. El objetivo es conocer el comportamiento de ciertas variables para obtener una visión conceptual y estadística sobre los temas de acceso potencial y real a los servicios de salud. Ambas encuestas, que pueden ser analizadas comparativamente, poseen una caracterización amplia de las variables sociodemográficas y económicas, que nos permitirán inferir resultados a nivel país. En primer término, se analiza uno de los factores que constituyen características propias de los individuos o indicadores de proceso, específicamente la variable de habilidad, representada en este trabajo por la tenencia de seguro médico de la población, clasificada según el área de residencia. El Cuadro 1 muestra que en el país, tanto en 1998 como en 2001, el 81% de la población no contaba con ningún seguro de asistencia médica. Este porcentaje se incrementa al 93% de la población residente en el área rural, encontrándose en el orden del 71% en el área urbana, para ambos períodos.

En el análisis por tipo de institución prestadora de seguro médico, el Instituto de Previsión Social aparece como el proveedor de aproximadamente el 11% de la población total, siendo, porcentualmente, la población urbana la más favorecida con este seguro, con relación a los residentes del área rural. En orden de importancia le siguen el seguro privado individual y el privado laboral, con niveles relativamente bajos y un comportamiento diferente entre los períodos analizados, dado que se observa en el país un leve incremento del seguro privado individual frente a una caída del seguro privado laboral. Las demás instituciones o tipos de seguro médi-

7 Basada en la clasificación establecida por la DGEEC para las encuestas analizadas en el presente trabajo.

8 La EIH98 separa las respuestas en enfermo o accidentado, siendo los mismos agrupados a los efectos de su análisis y comparación con la EIH01



co incorporan en conjunto a menos del 2% de la población total, observándose las mismas distribuciones tanto respecto al área de residencia como entre períodos.

el hecho de haber tenido, en los últimos 90 días, alguna enfermedad o accidente, siendo ésta la población que será objeto de estudio. Es decir, de los que tuvieron un problema de salud, ¿cuán-

**Cuadro 1**  
**Población por tenencia de seguro médico, según área de residencia**

Tenencia de seguro médico	1.998			2001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Total</b>	<b>4.937.767</b>	<b>2.653.762</b>	<b>2.284.005</b>	<b>5.291.208</b>	<b>2.855.958</b>	<b>2.435.250</b>
IPS	11,19	16,41	5,13	10,89	16,36	4,48
Seg. privado indiv.	3,67	6,23	0,69	5,24	8,33	1,61
Seg. privado laboral	2,08	3,42	0,53	1,31	2,22	0,25
Sanidad militar	0,47	0,84	0,04	0,67	0,98	0,31
Sanidad policial	0,55	0,89	0,17	0,45	0,58	0,29
No, tiene en el exterior	0,24	0,33	0,14	0,41	0,37	0,46
No tiene en ningún lugar	81,78	71,86	93,31	81,03	71,16	92,60
NR	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00

En cuanto al análisis sociodemográfico del acceso a los servicios de salud, es importante notar que en éste se distinguen dos niveles: las necesidades y la búsqueda de la atención. Este proceso pretende ilustrar la sucesión esquemática de los acontecimientos, desde el momento en que surge la necesidad hasta cuando se inicia la utilización de los servicios. Se considera aquí la definición que da Donabedian al concepto de necesidad: "Situación que debe ser satisfecha o de lo contrario, el individuo sufrirá consecuencias negativas y, en este caso, los recursos y los servicios de salud son los medios para satisfacer esas necesidades y prevenir esas consecuencias" (Frenk, 1985). El modo de medir las necesidades en el presente trabajo está relacionado con

tos asistieron al sistema formal?, ¿por qué? y ¿cuántos no asistieron?, ¿por qué?

De manera a tener una visión general de la población objeto del presente estudio, el Cuadro 2 presenta la población que estuvo enferma-accidentada por quintiles de ingreso y condiciones de pobreza, según área de residencia. La población que reportó alguna enfermedad o accidente en los períodos de estudio alcanza en promedio el 35,47% de la población total del país, con una distribución proporcional al efectuar el análisis por área de residencia. La distribución de la población objeto de estudio por condición de pobreza muestra una importante diferencia porcentual a favor de los individuos por encima de

**Cuadro 2**  
**Población que estuvo enferma-accidentada por quintiles de ingreso y condiciones de pobreza, según área de residencia**

Quintiles de ingreso	1.998			2.001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Población total</b>	<b>4.937.767</b>	<b>2.653.762</b>	<b>2.284.005</b>	<b>5.291.208</b>	<b>2.855.958</b>	<b>2.435.250</b>
<b>Población objeto de estudio (*)</b>	<b>1.636.133</b>	<b>837.171</b>	<b>798.962</b>	<b>2.000.801</b>	<b>1.013.606</b>	<b>987.194</b>
Más pobre	14,20	16,12	14,64	23,24	21,48	23,30
2	16,66	20,01	15,92	20,20	22,56	19,95
3	23,32	22,32	18,19	20,97	20,08	18,76
4	23,50	21,04	26,23	19,50	20,39	21,00
Más rico	22,32	20,51	25,03	16,08	15,49	16,98
<b>Condición de pobreza</b>						
Pobre	35,54	26,08	45,45	36,83	29,61	44,25
No pobre	64,46	73,92	54,55	63,17	70,39	55,75

(\*) Población que en los últimos 3 meses ha sufrido una enfermedad o accidente.



la línea de pobreza, con un promedio entre períodos a nivel país del orden de 64,82% frente al 36,19% de la población pobre.

En los cuadros 3 y 4 pasamos a analizar la población que estuvo enferma-accidentada y que consultó en establecimientos públicos y privados por quintiles de ingreso, y condición de pobreza según área de residencia. Este es el grupo que tuvo acceso real a los servicios de salud. El primer punto relevante es el hecho de que un 76% de la población objetivo, que declaró estar enferma y consultó en un establecimiento público en 1998, corresponde a la población no pobre, mientras solo el 24% pertenece al grupo que se encuentra por debajo de la línea de pobreza.

Si tomamos el mismo punto de comparación y año para los que declararon estar enfermos y consultaron en un establecimiento privado, en-

contramos que el 75% de la población pertenece al grupo de los no pobres y el 25%, al de los pobres. Por lo tanto, podemos inferir que existe una distribución simétrica de pobres y no pobres que consultan en instituciones privadas y públicas. Si observamos los datos de 2001 vemos que se da una pequeña variación, considerando que para ese año encontramos que el porcentaje de la población objetivo no pobre que declaró estar enferma y consultó en un establecimiento público es del 69%. Esta cifra representa un 6% menos que la de 1998, mientras que el porcentaje de pobres que declaró estar enfermo y consultó en un establecimiento público es del 31%, es decir un 6% más que en 1998.

Al analizar el grupo de personas que declararon estar enfermas y asistieron a un centro privado, encontramos que para el año 2001 se mantiene, en gran medida, la tendencia de 1998, con

**Cuadro 3**  
Población que estuvo enferma-accidentada y que consultó en establecimientos públicos por quintiles de ingreso, y condición de pobreza según área de residencia.

Quintiles de ingreso	1998			2001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Total</b>	<b>355.605</b>	<b>204.877</b>	<b>150.728</b>	<b>436.337</b>	<b>281.192</b>	<b>155.145</b>
Más pobre	12,42	16,51	9,59	14,20	19,88	15,85
2	17,87	24,41	16,27	19,44	23,15	13,88
3	28,46	25,44	19,14	25,25	28,24	22,31
4	25,23	21,97	29,12	25,70	19,47	24,73
Más rico	16,03	11,68	25,88	15,42	9,27	23,23
<b>Condición de pobreza</b>						
Pobre	23,90	21,25	27,51	30,80	30,65	31,05
No pobre	76,10	78,75	72,49	69,20	69,35	68,95

**Cuadro 4**  
Población que estuvo enferma-accidentada y que consultó en establecimientos privados por quintiles de ingreso, y condición de pobreza según área de residencia.

Quintiles de ingreso	1998			2001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Total</b>	<b>523.736</b>	<b>321.722</b>	<b>202.014</b>	<b>533.434</b>	<b>326.742</b>	<b>206.692</b>
Más pobre	15,35	15,30	18,46	15,83	13,83	15,78
2	15,66	17,32	15,80	19,24	19,47	14,99
3	19,80	20,50	17,62	18,01	15,83	19,32
4	22,29	20,51	23,71	21,04	23,35	20,62
Más rico	26,91	26,36	24,42	25,88	27,52	29,29
<b>Condición de pobreza</b>						
Pobre	24,96	17,77	36,41	27,25	21,66	36,07
No pobre	75,04	82,23	63,59	72,75	78,34	63,93

el 73% y 23%, respectivamente. A priori esto nos indica que la oferta de los servicios públicos de salud beneficia en gran medida a la población no pobre, quedando la más vulnerable sin acceder a estos servicios. Traslademos el análisis a una comparación desagregada por quintiles de ingreso y área de residencia. Para el grupo que asistió a una institución pública observamos una tendencia creciente hasta el tercer quintil de ingreso, decreciendo para los dos últimos quintiles en una forma de campana de Gauss. Esto implica que aquellas personas que se encuentran en los niveles más altos de ingreso asisten a estas instituciones en menor porcentaje.

Esta tendencia no se da al observar el grupo de personas que asistió a un establecimiento privado. Aquí, la tendencia es creciente hasta el último quintil de ingreso. Esto resulta razonable, dado que a medida que los niveles de ingreso son superiores, las personas optan por los servicios de salud privados.

En los cuadros 3 y 4 pasamos a analizar la población que estuvo enferma-accidentada y consultó en establecimientos públicos y privados por quintiles de ingreso, y condición de pobreza según área de residencia. Este es el grupo que tuvo un acceso real a los servicios de salud. El primer

el 75% de esa población corresponde al grupo de no pobres, y el 25%, al de pobres. Podemos inferir, en consecuencia, que existe una distribución simétrica de pobres y no pobres que consultan en instituciones privadas y públicas.

Si observamos los datos de 2001 vemos que se da una pequeña variación. Así, para ese año encontramos que el porcentaje de la población no pobre que declaró estar enferma y consultó en un establecimiento público es del 69%, un 6% menos que en 1998. Mientras que el porcentaje de población pobre que lo hizo es del 31%, lo que representa un 6% más que en el año 1998.

El acceso potencial a los servicios de salud surge a partir de la necesidad generada como consecuencia de un accidente o alguna enfermedad. Del total de este potencial, solo una proporción accede a los servicios de salud formales, representando así la información del acceso real a estos servicios. Sin embargo, existe un importante margen de la población que ha reportado algún problema de salud y no ha accedido a ninguna asistencia formal. El Cuadro 5 presenta la información cuantitativa sobre esta población, y debe destacarse, en primer lugar, que en el período 1998, el 43,30% de la población que ha repor-

**Cuadro 5**  
**Población que estuvo enferma-accidentada por razones de no consulta, según área de residencia**

Razones de no consulta	1998			2001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Total</b>	<b>708.420</b>	<b>288.971</b>	<b>419.450</b>	<b>1.027.301</b>	<b>404.711</b>	<b>622.590</b>
Dolencia leve	26,16	32,11	22,05	40,42	42,98	38,75
No hay atención cerca	3,03	0,31	4,91	4,08	0,39	6,48
Atención mala	0,54	0,30	0,71	0,35	0,25	0,41
Consultas caras	11,05	7,21	13,69	19,77	16,15	22,12
Se automedicó	55,07	54,48	55,47	33,43	38,45	30,17
No tuvo tiempo	1,09	2,13	0,37	1,31	0,62	1,75
Otras razones	3,07	3,45	2,80	0,65	1,16	0,31

punto relevante es el hecho de que el 76% de la población que declaró estar enferma y consultó en un establecimiento público en 1998 corresponde a la población no pobre, mientras solo el 24% pertenece a la población pobre. Si tomamos el mismo punto de comparación y año para los que declararon estar enfermos y consultaron en un establecimiento privado, encontramos que

tado enfermedad o accidente no ha acudido a consulta alguna, elevándose este porcentaje al 51,34%, en 2001. Al efectuar similar análisis por área de residencia, ambos períodos denotan que una importante proporción de la población residente en el área rural no ha accedido a alguna asistencia formal, siendo la automedicación y la dolencia leve las principales razones de no con-

sulta. Este mismo comportamiento se mantiene, tanto entre la población residente en el área urbana como en todo el país. En cuanto a la falta de “atención cerca”, como motivo de no consulta, las diferencias resultantes en la comparación por área de residencia exhiben el comportamiento esperado. Resulta valioso mencionar el bajo porcentaje de la población rural que no ha consultado por esta razón (4,91% y 6,48% para 1998 y 2001, respectivamente).

Las razones económicas son la tercera principal razón de no consulta. Se observa un significativo incremento al efectuar la comparación entre encuestas, del 11,05%, para 1998, al 19,77%, para el año 2001. El análisis por área de residencia muestra que los del área rural que no consultan por esta razón superan, porcentual-

mente, a los del área urbana, observándose asimismo entre los períodos revisados un comportamiento similar al del total del país.

Los cuadros 6 y 7 nos muestran detalladamente los gastos promedio de los últimos 3 meses en consultas, hospitales, medicamentos y exámenes médicos. En todos los casos vemos que para las personas que se encuentran en los quintiles más altos de ingreso, los gastos en los servicios de salud son mayores.

Si lo analizamos por condición de pobreza vemos una gran diferencia, para ambos casos, a favor de los no pobres. Esto demuestra, en gran medida, que la insuficiencia en los ingresos genera que los servicios de salud para los pobres sean de difícil alcance.

**Cuadro 6**  
Gastos promedio de la población enferma-accidentada en los últimos 3 meses en consulta y hospitales por quintiles de ingreso y condición de pobreza

Quintiles de ingreso	1998			2001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Total</b>	<b>25.324</b>	<b>34.656</b>	<b>15.473</b>	<b>19.008</b>	<b>25.382</b>	<b>12.442</b>
Más pobre	6.997	10.946	9.115	7.444	17.860	4.755
2	13.024	32.801	7.460	10.246	21.964	6.714
3	31.355	38.140	6.099	17.603	19.040	5.657
4	27.553	28.479	21.718	18.138	24.755	7.436
Más rico	53.648	67.260	36.345	49.926	49.880	43.797
<b>Condición de pobreza</b>						
<b>Total</b>	<b>25.324</b>	<b>34.656</b>	<b>15.473</b>	<b>19.008</b>	<b>25.382</b>	<b>12.442</b>
Pobre	10.802	14.916	8.355	13.319	24.404	5.744
No pobre	33.149	41.387	21.329	22.344	25.792	17.829

**Cuadro 7**  
Gastos promedio de la población enferma-accidentada de los últimos 3 meses en medicamentos y exámenes por quintiles de ingreso y condición de pobreza

Quintiles de ingreso	1998			2001		
	Total País	Urbana	Rural	Total País	Urbana	Rural
<b>Total</b>	<b>60.505</b>	<b>76.116</b>	<b>43.882</b>	<b>56.281</b>	<b>74.882</b>	<b>37.146</b>
Más pobre	26.007	32.414	28.568	22.376	36.406	18.184
2	34.349	47.571	26.164	29.872	45.603	22.257
3	52.287	79.043	31.494	44.989	64.361	26.865
4	76.893	90.202	46.515	65.660	88.621	36.178
Más rico	123.186	136.681	93.638	142.786	166.728	94.583
<b>Condición de pobreza</b>						
<b>Total</b>	<b>60.505</b>	<b>76.116</b>	<b>43.882</b>	<b>56.281</b>	<b>74.882</b>	<b>37.146</b>
Pobre	29.808	32.612	28.112	28.970	41.434	20.472
No pobre	76.665	90.781	56.459	72.323	88.932	50.590

## V. Modelo econométrico

En el análisis econométrico se estiman modelos Logit simples para el acceso de la población a los servicios. Estos modelos nos permiten encontrar los determinantes socioeconómicos de las actividades antes mencionadas. La variable dependiente en el caso de acceso será corregida por necesidad percibida, es decir, se tiene una variable dicotómica (cualitativa) que indica si la persona accede o no al sistema formal, dado que experimentó un problema de salud.

Esta variable tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, es decir si la población con reporte de una enfermedad o accidente accedió o no a los servicios. Tal como lo dijimos en la parte conceptual del presente estudio, estamos definiendo el acceso como la utilización de algún servicio de salud, en establecimientos o servicios de atención directa (profesionales o personal de salud que atiende en consultorio o a domicilio).

La forma funcional del modelo es la siguiente:

$$y^* = \beta X's + \varepsilon$$

Las variables independientes **X's** del modelo constituyen los factores que facilitan o imponen barreras en el acceso. Estas variables están identificadas del siguiente modo: características individuales (**CI**), edad, sexo, estado civil, nivel educativo. Características familiares (**CF**); la clasificación de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y número de integrantes. Características regionales (**CR**), áreas en las que viven. Características del sistema de salud (**CSS**), entidad a la que está afiliado, costo de medicamentos, de consulta, pago de transporte, calidad y oportunidad del servicio percibido.

Se construyen ecuaciones de acceso y utilización de consulta médica general, especializada formal e institucional, a partir de las cuales se estiman modelos Logit simples, donde la variable dependiente para cada caso es discreta y de

elección binaria. Es decir, se asigna el valor de (1) a quien accede o utiliza los servicios de salud y (0) para quienes no acceden o utilizan los servicios. El interés recae, entonces, en el efecto marginal de las variables independientes sobre la probabilidad de acceder o no a servicios de salud en el sistema formal, y de utilizar o no los servicios de consulta médica general. En este caso, las variables independientes hacen referencia a las variables de proceso (CI, CF, CR) y subjetivas (CSS), mientras las variables dependientes se refieren a las objetivas.

## VI. Determinantes socioeconómicos: modelos Logit

En esta sección se construyeron tres ecuaciones: acceso, utilización de servicios de salud formales<sup>9</sup> y de servicios de salud según el establecimiento al cual se ha recurrido<sup>10</sup>, a partir de las cuales se estiman modelos Logit simples, donde la variable dependiente para cada caso es discreta y de elección binaria. Es decir, se asigna el valor de (1) a quien accede o utiliza los servicios de salud y (0) para quienes no acceden o no utilizan los servicios. El interés recae entonces, en el efecto marginal de las variables independientes sobre la probabilidad de acceder o no a servicios de salud. En este caso las variables independientes hacen referencia a los indicadores de proceso (CI, CF, CR) y subjetivos (CSS) y las variables dependientes se refieren a los estructurales y objetivos.

Estas variables han sido seleccionadas a partir de tres criterios. El primero tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, es decir, si la población con reporte de una enfermedad o accidente accedió o no a los servicios de salud. Tal como se ha mencionado en la parte conceptual de este estudio, el acceso se ha definido como la utilización del servicio de salud, institucional o no.

Un segundo aspecto es definir las variables que expliquen las condiciones de vida de la pobla-

9 La variable dependiente capta las consultas realizadas con doctores, partera profesional, enfermera y dentista.

10 La variable dependiente capta las consultas realizadas según el establecimiento al cual se ha concurrido.

ción, captadas en el presente trabajo por el nivel de pobreza, la afiliación a un seguro médico, el sexo, la educación, la edad, el tamaño del hogar y el área de residencia. Es decir, variables que reflejan las características estructurales de la población, de orden económico, social y demográfico. Un tercer aspecto considerado en las variables del modelo está relacionado con la accesibilidad temporal y geográfica, particularmente vinculada al costo de traslado a los establecimientos de salud y, finalmente, al nivel de gravedad de la enfermedad o accidente, incorporada en el modelo por los días en que el individuo tuvo que dejar sus actividades normales, a causa de su enfermedad o accidente.

En el cuadro 8 se presentan los resultados del modelo general, donde la variable dependiente constituye el acceso a algún servicio de salud, dada la enfermedad o accidente. En general, los resultados de las estimaciones del modelo muestran tendencias esperadas y similares a los obtenidas en estudios realizados para países de la región.

El estar asociado a algún seguro médico afecta positivamente a la probabilidad de acceso real a los servicios de salud. Sobre este punto, como se ha señalado anteriormente, en el Paraguay existe una muy baja cobertura de los sistemas de seguridad social, pues el 81% de la población no cuenta con ningún seguro de asistencia médica.

Una variable que merece ser considerada en particular, dada su incidencia positiva y significativa sobre la probabilidad de acceso a los servicios de salud, constituye la provisión de medicamentos gratuitos para atender la dolencia que ha motivado la consulta. Es decir, proveer de medicamentos gratuitamente incrementa la probabilidad de consulta. En este sentido se debe señalar que los resultados estadísticos muestran que la población con mayor acceso a los servicios de salud es la que se encuentra en los quintiles de ingreso superiores. En consecuencia, esta

**Cuadro 8**  
**Modelo 1: Acceso a servicios de salud**

Dependent Variable: CONSULT				
Method: ML - Binary Logit				
Sample: 1 14840				
Included observations: 11916				
QML (Huber/White) standard errors & covariance				
Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
Segmed	0,4555	0,0658	6,9183	0,0000
Medic	1,8204	0,0710	25,6342	0,0000
Gastrans	0,0007	0,0001	10,1815	0,0000
Reposo	0,0195	0,0160	1,2193	0,2227
Area	0,6048	0,0485	12,4655	0,0000
Edad	0,0080	0,0011	7,0317	0,0000
Educ	-0,0040	0,0045	-0,8983	0,3690
Tamhogar	0,0012	0,0094	0,1306	0,8961
Pobreza	-0,3034	0,0527	-5,7632	0,0000
Sexjef	0,2002	0,0544	3,6808	0,0002
Sexo	0,1246	0,0459	2,7160	0,0066
C	-1,5825	0,0885	-17,8794	0,0000
Mean dependent var	0,4663	S.D. dependent var		0,4989
S.E. of regression	0,3936	Akaike info criterion		0,9599
Sum squared resid	1844,3636	Schwarz criterion		0,9673
Log likelihood	-5706,8265	Hannan-Quinn criter.		0,9624
Restr. Log likelihood	-8232,5323	Avg. log likelihood		-0,4789
LR statistic (11 df)	5051,4115	McFadden R-squared		0,3068
Probability(LR stat)	0,0000			
Obs with Dep=1	6359	Total obs		11916
Obs with Dep=0	5557			

población resulta la más beneficiada con estas prestaciones, las que, sin embargo, deberían estar dirigidas a la población más pobre.

Resultados contrarios a los que se esperarían normalmente en las estimaciones son los obtenidos por las variables que captan la distancia, medida por los gastos en que se incurrió para llegar a los centros de asistencia y la gravedad de la enfermedad o accidente, medida por la variable proxy “días de reposo”. Éstos toman valores positivos, pero muy cercanos a cero y valores estadísticamente no significativos, respectivamente.

La población residente en el área urbana tiene una mayor probabilidad de acceso real a los servicios de salud, lo cual es consistente con la manifiesta desigualdad en la distribución territorial de los recursos humanos para la salud (profesionales, técnicos y auxiliares), concentrados

en la capital y en el departamento Central, en un 70%. Así, queda nada más que un 30% para el resto del país, donde vive el 70% de la población, con desigual distribución también en esas regiones y una concentración desproporcionada en las áreas urbanas de las principales ciudades<sup>11</sup>. La edad, el sexo de los individuos y el del jefe de familia, que toma valor 1 si es mujer, inciden positiva y significativamente sobre la probabilidad de consulta, mientras que el nivel de educación y el tamaño del hogar no afectan al acceso real a los servicios de salud.

El nivel de pobreza se relaciona inversamente con la probabilidad de acceso a los servicios de salud. La población enferma o accidentada que se encuentra por debajo de la línea de pobreza tiene una menor probabilidad de acceso real, siendo éste un indicador de que los esfuerzos realizados para el mejoramiento del sistema de

**Cuadro 9**  
**Modelo 2: Acceso a servicios de salud formales**

Dependent Variable: CONSFORM				
Method: ML - Binary Logit				
Sample: 1 14840				
Included observations: 11916				
QML (Huber/White) standard errors & covariance				
Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
Segmed	0,8222	0,0607	13,5400	0,0000
Medic	1,9316	0,0685	28,1861	0,0000
Gastrans	0,0002	0,0000	7,5340	0,0000
Reposo	0,0126	0,0153	0,8245	0,4097
Area	0,8083	0,0504	16,0340	0,0000
Edad	0,0074	0,0011	6,4565	0,0000
Educ	-0,0013	0,0042	-0,3089	0,7574
Tamhogar	-0,0050	0,0092	-0,5376	0,5909
Pobreza	-0,4454	0,0545	-8,1766	0,0000
Sexjef	0,1037	0,0548	1,8908	0,0586
Sexo	0,2069	0,0460	4,4936	0,0000
C	-1,9602	0,0910	-21,5447	0,0000
Mean dependent var	0,3883	S.D. dependent var		0,4874
S.E. of regression	0,3886	Akaike info criterion		0,9664
Sum squared resid	1797,2676	Schwarz criterion		0,9739
Log likelihood	-5746,0539	Hannan-Quinn criter.		0,9689
Restr. Log likelihood	-7959,6763	Avg. log likelihood		-0,4822
LR statistic (11 df)	4427,2449	McFadden R-squared		0,2781
Probability(LR stat)	0,0000			
Obs with Dep=1	7289	Total obs		11916
Obs with Dep=0	4627			

11 Datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

asistencia a la salud en el Paraguay aún no han alcanzado los principales objetivos de equidad en la cobertura y en la distribución de los recursos. Estos factores constituyen para la Organización Panamericana de la Salud los principios rectores respecto a las condiciones y los servicios de salud. Esto, considerando que la principal finalidad de las políticas debe ser disminuir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas en las condiciones de salud y, en cuanto a los servicios de salud, la población debe recibir atención de acuerdo con la necesidad y contribuir, en función de la capacidad de pago.

Con el objetivo de complementar el análisis se han efectuado otras estimaciones del modelo general, modificando las variables dependientes, incorporando ciertas restricciones al alcance de éstas y manteniendo inalterables las variables explicativas.

El Cuadro 9 presenta los resultados obtenidos en el modelo cuya variable dependiente pretende captar el grado de especialización formal de prestadores de servicios de salud. Esta variable toma valor 1 para los casos en que las consultas han sido realizadas con un doctor, partera profesional, enfermera o dentista, y valor 0 para los demás casos<sup>12</sup>. La estimación realizada bajo este modelo ha generado resultados similares a los obtenidos en el modelo general, tanto en las intensidades como en las orientaciones de los efectos de cada una de las variables analizadas.

El Cuadro 10 muestra los resultados obtenidos en el modelo, donde la variable dependiente trata de medir las consultas realizadas en establecimientos médicos institucionales. La variable toma valor 1 si las consultas fueron realizadas en las siguientes instituciones: Instituto de Previsión Social, Hospital de Clínicas, hospitales pú-

**Cuadro 10**  
**Modelo 3: Acceso a servicios de salud según establecimiento**

Dependent Variable: CONSINST				
Method: ML - Binary Logit				
Sample: 1 14840				
Included observations: 11916				
QML (Huber/White) standard errors & covariance				
Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
Segmed	0,5997	0,0583	10,2911	0,0000
Medic	1,7108	0,0555	30,8110	0,0000
Gastrans	0,0000	0,0000	3,8835	0,0001
Reposo	-0,0020	0,0077	-0,2571	0,7971
Area	0,2657	0,0550	4,8304	0,0000
Edad	0,0038	0,0012	3,1830	0,0015
Educ	-0,0169	0,0064	-2,6194	0,0088
Tamhogar	-0,0034	0,0100	-0,3418	0,7325
Pobreza	-0,0988	0,0615	-1,6061	0,1083
Sexjef	0,0550	0,0602	0,9130	0,3612
Sexo	0,1313	0,0499	2,6295	0,0085
C	-2,1336	0,0984	-21,6858	0,0000
Mean dependent var	0,2081	S.D. dependent var		0,4060
S.E. of regression	0,3724	Akaike info criterion		0,8917
Sum squared resid	1650,6908	Schwarz criterion		0,8991
Log likelihood	-5300,5404	Hannan-Quinn criter.		0,8942
Restr. Log likelihood	-6094,5556	Avg. log likelihood		-0,4448
LR statistic (11 df)	1588,0305	McFadden R-squared		0,1303
Probability(LR stat)	0,0000			
Obs with Dep=1	9436	Total obs		11916
Obs with Dep=0	2480			

12 Consultas realizadas con parteras empíricas (cha'e), farmacéuticos, curanderos, familiares, vecinos u otros.



blicos, centros y puestos de salud, y valor 0, para todos los otros casos.

Los resultados son muy similares a los obtenidos en regresiones anteriores, pero debemos mencionar que la variable pobreza pierde significación.

## VII. Conclusiones y recomendaciones

Es claro que el acceso y la utilización de servicios se hallan influenciados por diferentes determinantes y, aunque el acceso está condicionado principalmente por características del sistema, que en gran medida son regionales, y la utilización por características individuales, las facilidades que se dan desde los recursos u ofertas para superar las barreras que éstos imponen no son significativas. Por consiguiente, el acceso y la utilización es menor en las zonas rurales, donde no se cuenta con una fuente regular de servicios accesible, en términos de distancia, y donde los proveedores imponen una serie de trabas para utilizar en menor tiempo los servicios requeridos, mientras el usuario debe pagar por los medicamentos que le fueron indicados.

Se ha constatado que de la población total del Paraguay, en los períodos 1998 y 2001, en promedio, aproximadamente el 35% declaró haber tenido algún problema de salud (enfermedad o accidente), constituyéndose así en una demanda potencial por servicios de salud, la cual, en términos absolutos significó 1.636.133 personas, en 1998, y 2.000.801, en 2001. En términos de ingreso, y estableciendo la clasificación por quintiles, encontramos que la población que manifestó en mayor medida tener algún problema de salud (enfermedad o accidente) fue la que tuvo mayores ingresos. En consecuencia, existe una relación directa entre número de personas con problemas de salud e ingresos. Este mismo comportamiento se verifica al analizar la población total por condición de pobreza, cuyos resultados demuestran que, en promedio, el 64% de la población que ha reportado algún tipo de enfermedad, se encuentra por encima de la línea de pobreza.

En 1998, del total de la población con algún problema de salud (enferma o accidentada), un 53% accedió a los servicios de salud. Este indicador desciende en el año 2001 a solo el 48% de la población que ha reportado alguna enfermedad o accidente durante las encuestas. En ambos períodos, el porcentaje de la población que ha consultado en establecimientos públicos ha sido inferior al que ha asistido a establecimientos privados, siendo estos niveles del orden del 21% de consultas en establecimientos públicos, para los períodos 1998 y 2001, y del 32% para las consultas en establecimientos privados, para el período 1998, con una caída en 2001, cuando alcanzó solo el 26%.

La población rural con menores ingresos es la que en mayor proporción no accede a los servicios de salud. Por ejemplo, en el año 2001, del total de la población rural que accedió a los servicios tanto públicos como privados, en promedio, solo el 15% pertenece al primer quintil de menor ingreso, mientras que para el segundo quintil se reduce al 14%, incrementándose en los quintiles de ingreso superiores. El análisis por línea de pobreza muestra que de cada 10 residentes rurales que han accedido a los servicios de salud, solo 3 se encuentran por debajo de la línea. La población en las distintas áreas geográficas, y desde distintos ángulos de condiciones de vida, da como resultado una muy variada y heterogénea participación en el acceso y no acceso a los servicios de salud en el Paraguay. Estos indicadores nos llevan a plantear que existen factores estructurales y de comportamiento que determinan el acceso o no a los servicios de salud, y que además, éstos se manifiestan de modo heterogéneo, según sea el área de residencia. Son variables estructurales aquellas ligadas al sistema de salud organizado en el país y a las condiciones de vida de la población, mientras que son variables de comportamiento aquellas que se definen según la percepción de las personas, una actitud frente a la enfermedad, ligadas sobre todo al fuerte componente cultural.

En el modelo planteado, para establecer los determinantes del acceso a los servicios de salud en el país, los factores que mejor lo explican,

manteniéndose constante el resto de ellos, son las variables estructurales, es decir las condiciones en las que vive la población, captada en la estimación del nivel de pobreza en que interactúa y que presenta una relación inversa respecto del acceso a los servicios de salud.

Otras variables explican de modo positivo el acceso a los servicios de salud en el Paraguay, la afiliación a un seguro médico, la edad, la provisión gratuita de medicamentos y la residencia en las áreas urbanas, definirán una mayor propensión de acceso a los servicios de salud. Lo mismo sucederá con el ingreso. Si la población mejora sus ingresos superando los niveles de línea de pobreza, existe la posibilidad de que mejore el acceso a los servicios de salud.

Entonces, y como se puede observar, los determinantes del acceso a los servicios de salud en el Paraguay, examinados a nivel global y desagregados por área de residencia, tienen características definidas como barreras y facilitadores. Son barreras para el acceso la interacción que tienen el nivel de pobreza y la residencia en las áreas rurales, mientras que son facilitadores el seguro médico y la provisión gratuita de medicamentos. Al no incluir en los modelos estimados las variables estructurales y de comportamiento de la población ante la enfermedad o accidente, dadas éstas por las razones por las cuales no acceden a los servicios de salud, es importante apuntar que los modelos hallados son coincidentes con las razones esgrimidas por quienes no acceden a los servicios de salud, atendiendo a las condiciones estructurales. De acuerdo con los porcentajes observados en la EIH01, cerca del 29% de la población que no accede indica que no lo hace porque las consultas son caras o no existe atención cercana. Esto se observa en los modelos hallados, pues siempre están interactuando dos o más variables como barreras de acceso en las estimaciones realizadas.

Al presentarse factores determinantes de orden estructural, por el lado de las condiciones de vida de la población y de la estructura y organización de la oferta de servicios de salud, es importante mencionar la importancia de políticas sociales orientadas a integrar a la población a las mejo-

ras de los niveles de empleo y condiciones de vida. Ello, obviamente, supera los alcances del presente estudio, pero en lo que concierne a las variables referidas a la oferta, debe llevar a establecer una política acorde con las necesidades de la población en mayor riesgo, según el área de residencia (principalmente en el área rural). La política de oferta de servicios debe estar focalizada y ser itinerante, de tal manera a que los establecimientos lleguen a la población y no al revés, principalmente cuando se trata de enfermedades medias o complejas. Es evidente que las políticas de aseguramiento deberán internalizar la limitación generada por las barreras económicas y sociales de las poblaciones con más necesidades. Estas políticas de reforma que se integren por el lado de la oferta podrían ser complementadas con la descentralización, pues como observamos, el desarrollo rural de la salud en el Paraguay está disminuido por el acceso a los servicios de salud. Así, la descentralización del gasto y una mayor autonomía deberían mejorar la gestión, pues el destino de los fondos y las decisiones se establecerán con mayor conocimiento de la realidad de cada región.

El combate al no acceso a los servicios de salud deberá integrar los programas y las políticas sociales. Así, la educación para la salud deberá ser uno de los más importantes lemas de la política social. En toda acción de política social debe estar presente información, atención y comunicación sobre la salud y mejora del comportamiento en la población frente a la salud. Finalmente, la integración del médico de la familia con el comportamiento de las personas ante un problema de salud deberá estar ligada a incentivos tanto para la población como para el profesional de la salud. Se hace evidente también la necesidad de integrar políticas de atención en las que se incluya la medicina tradicional, de modo que se rompa la barrera cultural de no acceso a los servicios de salud.

No se debe soslayar la importancia que tiene la necesidad de una política de financiamiento a los servicios de salud de parte del Estado, con un nuevo concepto de focalización a partir de integrar las ideas de descentralización, comunicación y políticas de prevención, promoción,

educación, comunicación y aseguramiento y mejora de ingresos en la población, de modo que implique mayor probabilidad de acceder a

los servicios de salud y, por ende, mejorar las condiciones de vida de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

- ADAY, Lu Ann. Economic and Noneconomic Barriers to the Use of Needed Medical Services. En: Medical Care. Vol. XIII, No. 6, junio de 1975.
- ANDERSEN, James G. "Health Services Utilization Framework and Review". En Health Services Research. 1979.
- ANDERSEN, Ronald. Health Status Indices and Access to Medical Care. En: American Journal of Public Health. Vol. 68, No. 5, mayo de 1978.
- ANDERSEN, Ronald and ADAY Ann. "A Theoretical Framework For The Estudy of Access to Medical Care". En: Health Services Research. Vol. 9, pp 208-222. 1974.
- BASHSHUR, Rashid. SHANNON, Gary y METZNER, Charles. Some Ecological Differentials in the Use of Medical Services. En: Health Services Research. 1971.
- CÉSPEDES, J.; JARAMILLO, I.; MARTÍNEZ, R.; et. al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Revista Salud Pública. 2(2): 145-164, 2000.
- FIEDLER, John L. "A Review of the Literature on Access and Utilization of Medical Care with Special Emphasis on Rural Primary Care". 1975.
- FRENK, Julio. "El concepto y medición de la accesibilidad". Salud Pública de México. 1985.
- KARL, Claudio René: Incidencia del Gasto Público en Salud 1990 –1999, Sector Salud. Unidad de Análisis Macroeconómico, Departamento Nacional de Planeación Junio de 2000, Santafé de Bogotá.
- LEVINE, Sol; SCOTCH, Norman. VLASARRK, George. Unraveling Technology and Culture in Public Health. En: American Journal of Public Health. Vol. 52, No. 2, febrero de 1969.
- McKINLAY, John. Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services – an Overview. En: Journal of Health and Social Behavior. Vol. 13, junio de 1972.
- PAREDES, Nelcy: Afiliación de la Población Pobre al Sistema de Salud: el Caso Colombiano. Fundación Corona, diciembre de 1999.
- PATRICK, Donald. STEIN, Jane. PORTA, Miquel. PORTER, Carol y RICKETTS, Thomas. Poverty, Health Services, and Health Status in Rural America. En: The Milbank Quarterly. Vol. 66, No. 1, 1988.
- SARMIENTO FORERO, Janeth y Col: Política para el Desarrollo de un Primer Nivel de Atención en Salud Altamente Resolutivo en Cobertura. Ministerio de Salud.
- STEINWACHS, Donald y YAFEE, Richard. Assessing the Timeliness of Ambulatory Medical Care. En: American Journal of Public Health. Vol. 68. No. 6, junio de 1978.
- VAZQUEZ, Johanna y VELANDIA Durfari. Determinantes Socioeconómicos del Acceso Potencial y Real a los Servicios de Salud: Régimen Subsidiado de Salud en Antioquia. Grupo de Economía de la Salud - GES - Centro de Investigaciones Económicas - CIE - Universidad de Antioquia.

## Anexo 1

### Definición de las variables utilizadas

#### Variables dependientes

##### Consult

Variable dicotómica; valor 1 si reportó alguna enfermedad o accidente y recibió alguna asistencia; valor 0 si reportó alguna enfermedad o accidente y no recibió asistencia.

##### Consform

Variable dicotómica; valor 1 si reportó alguna enfermedad o accidente y recibió alguna asistencia formal; valor 0 si reportó alguna enfermedad o accidente y no recibió asistencia.

##### Consinst

Variable dicotómica; valor 1 si reportó alguna enfermedad o accidente y recibió asistencia en algún establecimiento formal de atención a la salud; valor 0 si reportó alguna enfermedad o accidente y no recibió asistencia.

#### Variables independientes

##### Pobreza

Variable dicotómica; valor 1 si se encuentra por debajo de la línea de pobreza; valor 0 si no.

##### Segmed

Variable dicotómica; valor 1 si cuenta con seguro médico; valor 0 si no.

##### Área

Área de residencia; variable dicotómica; valor 1 si reside en el área urbana; valor 0 si reside en el área rural.

##### Educ

Años de estudio.

##### Sexjef

Sexo de la cabeza de familia; variable dicotómica; toma valor 1 si es mujer y valor 0 si no.

ca; toma valor 1 si es mujer y valor 0 si no.

##### Sexo

Sexo del individuo; variable dicotómica; toma valor 1 si es mujer y valor 0 si no.

##### Tamhogar

Número de integrantes de la familia.

##### Edad

Edad en años.

##### Gastrans

Gastos promedio de transporte en los que incurrir la población para el traslado a algún servicio de salud, si reportó alguna enfermedad o accidente.

##### Medic

Provisión gratuita de medicamentos; variable dicotómica; toma valor 1 si recibió y valor 0 si no.

##### Reposo

Total de días que debió abandonar sus actividades normales a causa de la enfermedad o accidente.

## Anexo 2

Descripción estadística de las variables utilizadas

Variables	Media	Desvío estándar
Consult	0,48214	0,50932
Consform	0,40000	0,48991
Consinst	0,22075	0,41477
Segmed	0,18342	0,38703
Medic	0,16712	0,37309
Gastrans	4945,44100	26373,79000
Reposo	0,90330	7,12860
Área	0,53821	0,49855
Edad	25,47763	22,17266
Educ	5,19990	5,14645
Tamhogar	5,84090	2,75222
Pobreza	0,35559	0,47871
Sexjef	0,22069	0,41472
Sexo	0,52385	0,49945